Münster.1933.№14 Med Diss.

Aus der Universitäts-Hautklinik in Münster i. Westf.
(Direktor: Professor Dr. A. Stühmer)

Über die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose von Psoriasis der Mundschleimhaut und Leukoplakie

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde der Zahnheilkunde
der Hohen medizinischen Fakultät
der
Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster i. Westf.

vorgelegt von

Erich Buchholz
aus Vlotho a. d. W.

1933

Druck von J. Simonowski, Buchdruckerei, Blomberg i. Lippe.

Dekan: Professor Dr. Esch.
Referent: Privat-Dozent Dr. P. W. Schmidt.
Korreferent: Professor Dr. Stühmer.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern!

LEBENSLAUF.

Erich Buchholz wurde am 2. September 1905 in Vlotho a. d. Weser als Sohn des Dentisten Hugo Buchholz geboren. 1927 bestand er an der Oberrealschule I in Kassel die Reifeprüfung.

Seinem vorklinischen Studium oblag er in Münster i. Westf. und bestand dort 1929 die zahnärztliche Vorprüfung. Seine klinische Ausbildung wurde ihm in Münster und Hamburg zuteil. Er bestand 1931 in Hamburg die zahnärztliche Prüfung.

„Bei Psoriatikern kommen keinerlei Veränderungen an den Schleimhäuten vor", schreibt Hebra in seinem 1874 erschienenen Lehrbuch der Hautkrankheiten. Demgegenüber bemerkt Gans in seiner „Histopathologie der Hautkrankheiten" (1925), daß ihm zwar selbst kein Fall von Psoriasis der Mundschleimhaut vorgegekommen sei, man könne aber nicht daran zweifeln, daß dieselbe tatsächlich vorkommt, wie dies aus einer Anzahl eingehender Veröffentlichungen in der Fachliteratur zur Genüge hervorgeht.

Die Diagnose einer Schleimhautpsoriasis allein aus dem klinischen Bild zu stellen, kann wegen der Aehnlichkeit der Erscheinungen dieser Erkrankung mit denen der Leukoplakie, Lichen ruber, Erythematodes, kurz sämtlicher Veränderungen der Schleimhaut. die mit weißlich-bläulicher Verfärbung einhergehen, nicht nur sehr schwierig, sondern sogar unmöglich werden. Sie wird sich in manchen Fällen entweder aus dem Verlauf der Erkrankung ex juvantibus ergeben, oder es muß die histologische Untersuchung eines Schleimhautteiles Klarheit über die Art der Erkrankung verschaffen.

Einen eingehenderen Bericht über die Psoriasis der Mund-Schleimhaut hat als erster Oppenheim geliefert, der zur Erläuterung des Krankheitsbildes hier angeführt sei:

53jähriger Patient, bei dem, abgesehen von psoriatischen Erscheinungen am Körper, Mundschleimhautveränderungen vorhanden waren, die bis auf 2 Herde als Leukoplakie gedeutet wurden. Diese beiden Herde saßen links an der Gaumschleimhaut; der eine im Uebergang des velum palati in den Gaumenbogen war grauweiß, ragte ungefähr 1 mm über das Niveau der umgebenden Schleimhaut hervor und hatte eine rauhe feinporige Oberfläche. Der zweite Herd saß an der Zahnfleischzacke zwischen letztem und vorletztem Mahlzahn. Er war etwas kleiner als der andere Herd und zeigte eine glatte Oberfläche. Die histologische Untersuchung dieser beiden Plaques ergab der entwickelten Psoriasis der Haut analoge Verhältnisse, modifiziert durch die Struktur der Schleimhaut.

An der Universitätshautklinik zu Münster beobachteten wir drei Fälle von Psoriasis, die gleichzeitig mit Mundschleimhautveränderungen einhergingen, die zeigen, daß eine einwandfreie Diagnose auf Grund des Aussehens der Effloreszenzen gelegentlich Schwierigkeiten bereiten kann.

Fall I. H. P., Arbeiter, 51 Jahre alt.

Aus der Vorgeschichte ist zu entnehmen, daß der Patient nie ernstlich krank gewesen ist. Als Kind hat er Frieseln und mit 16 Jahren Krätze gehabt. Das jetzige Leiden begann vor 15 Jahren. 3 Jahre später wurde er deswegen zum ersten Mal behandelt. Das Leiden heilte aber nie ganz ab.

Befund: 51jähriger Patient in mittlerem Allgemeinzustand, der an den inneren Organen und am Nervensystem keine anormale Befunde aufweist.

Spezieller Befund: Ausgedehnte Psoriasis besonders an den Extremitäten in vielen teils isolierten, teils konfluierenden flachen, etwa pfenniggroßen Herden mit silberglänzender Schuppung. Auf Brust und Bauch vereinzelte Herde von Linsen- bis Zehnpfennigstückgröße. Zahlreiche Plaques, deren Größe von der eines Stecknadelkopfes bis zu der eines Markstückes schwankt, befinden sich auf dem Rücken. Stark ist der Kopf befallen, insbesondere die Bartgegend. Die Schuppenflechte äußert sich dort im Auftreten pfennig- bis zweimarkstückgroßer, mit silbriger Schuppung versehener weißer Herde, die zum größten Teil konfluieren.

Auf der Schleimhaut der linken Wange sieht man vom Mundwinkel ausgehend einen etwa 7 mm breiten, etwas erhabenen Streifen von grau-weißer Farbe, der horizontal zur Kauebene verläuft und eine rauhe Oberfläche hat. Diese streifenförmige Schleimhautverdickung läßt bei genauer Betrachtung eine gewisse Felderung erkennen. Die rauhe, getrübte Schleimhautoberfläche läßt sich nicht abkratzen.

Der Zungenrücken ist in ganzer Ausdehnung bis zum Zungengrund mit etwa linsengroßen Effloreszenzen übersät Diese konfluieren zum großen Teil und bilden so auf der Zunge gyrierte Plaques von etwa einhalbpfenniggröße. Auch diese Effloreszenzen sind leicht erhaben und lassen sich nur schwer abkratzen, stellen also keinen einfachen Belag dar.

Der Patient wurde in der üblichen Weise äußerlich mit Chrysarobin und Pyrogallus behandelt. Außerdem wurden Injektionen mit Psorimangan etwa 2mal wöchentlich gemacht. Wegen der Beschwerden, die dieses Präparat verursachte, wurde es nach 8 Spritzen abgesetzt.

Der Patient konnte nach vierwöchentlicher Behandlung als geheilt entlassen werden. Die Erscheinungen an der Wangenschleimhaut und auf der Zunge waren ohne besondere Behandlung mit den Manifestationen der äußeren Haut verschwunden.

Eine Nachuntersuchung des Patienten nach fast zwei Jahren ergab einen ausgedehnten Rückfall der Schuppenflechte, vor allem an den Extremitäten. Dagegen waren auf Wangen- und Zungenschleimhaut keine Neuerscheinungen festzustellen.

Trotzdem eine histologische Untersuchung leider nicht möglich war möchte ich aus dem klinischen Befund, insbesondere aus dem Verlauf der Erkrankung mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnose Psoriasis der Mundschleimhaut stellen.

Psoriatische Effloreszenzen auf der Zunge, wie sie in unserem Falle sichbar waren, sind in der Literatur nur gelegentlich erwähnt.

Isaak beobachtete bei einem 30jährigen Patienten weißliche Auflagerungen auf dem Zungenrücken, die nicht konfluierten; einige Zeit später bei erneuter Vorstellung starke Zunahme der Auflagerungen, die jetzt konfluieren, sodaß fast die ganze Zunge bedeckt war.

Balzer und Merlé beschreiben einen Fall von Psoriasis, bei dem sich auf der Zunge leicht erhabene weißliche Flecken fanden.

Buschke behandelte einen 37jährigen Patienten, der an Psoriasis litt, die in Schüben auftrat. Bei dem letzten beobachteten Rezidiv bildeten sich auf der Zunge weißliche Stellen, scharf abgegrenzt von Stecknadelknopf- bis Linsengröße, die, an manchen Stellen sich abschälend, zu oberflächlichen Erosionen sich umwandelten und sich auf den Zungenrand und die linke Zungenhälfte lokalisierten.

Westphalen sah bei einem Patienten, der an einer ausgedehnten Psoriasis litt, daß die Zunge fast auf ihrer ganzen Oberfläche von weißlichen, fast warzig aussehenden gefelderten Effloreszenzen bedeckt war. Die Auflagerungen ließen sich nicht

Die von diesen Autoren beschriebenen Krankheitserscheinungen haben mit denen unseres Falles zweifellos Aehnlichkeit. Die Frage, ob bei ihren Patienten — außer dem Westphalens, der abkratzen.
die Diagnose durch Probeexcision sicherte — die Annahme einer Psoriasis der Mundschleimhaut zu Recht besteht, lassen die Autoren selbst offen.

In keinem der obigen Fälle wird erwähnt, daß die psoriatischen Effloreszenzen sich gleichzeitig mit denen der äußeren Haut zurückbildeten. Diese Tatsache erwähnen dagegen ausdrücklich Jordan, Thimm und Zinsser. Allerdings handelt es sich in diesen Fällen um Veränderungen an den Wangen und am Gaumen.

Jordan beobachtete bei einer 27jährigen taubstummen Patientin, die auf dem Rumpf die Zeichen einer Psoriasis guttata et nummularis, auf den Extremitäten einer Psoriasis annularis et diffusa aufwies, auf der Schleimhaut beider Wangen weiße streifenförmige Verfärbungen entsprechend der Partie, welche beim Kauen zwischen die Zähne zu liegen kommt. Rechts in der Mitte des Streifens fand sich ein linsengroßer, deutlich ausgesprochener Belag, der sich nicht abkratzen ließ.

Auf die allgemeine Therapie mit Jodkali verschwanden die Erscheinungen an der äußeren Haut, während die Schleimhauterscheinungen stark abgeschwächt wurden, aber immerhin noch schwach sichtbar waren. Jordan weist darauf hin, daß bei einem Rezidiv seiner Kranken sich wiederum weiße Streifen auf der Wangenschleimhaut zeigten.

Der von Thimm beschriebene Patient litt an einer ausgebreiteten Schuppenflechte, wegen der er sich schon jahrelang in ärztlicher Behandlung befand. Im Mund bestand — der Patient war starker Raucher — eine Leukoplakie. Während eines Rezidivs trat mitten im leukoplakischen Herd eine gleichmäßig leicht gewölbte Plaque von gelblich-brauner Farbe mit rauher Oberfläche auf, die im Laufe der Behandlung wieder vollständig verschwand. Bei einem neuerlichen Rezidiv entwickelten sich an der Unterlippe und an der Wangenschleimhaut beiderseits Erkrankungsherde.

Bei Zinssers Patienten befanden sich die psoriatischen Effloreszenzen am Gaumen in Gestalt erbsengroßer, runder, roter mit wallartigem Rand versehener Herde, die unter der äußeren Behandlung zurückgingen.

Ein klinisch völlig uncharakteristisches Bild, das, wie schon einleitend bemerkt wurde, die Diagnose außerordentlich erschwer-

te, boten die beiden anderen von uns beobachteten Fälle.

Fall II. F. K., Postschaffner, Alter 40 Jahre.

Vorgeschichte: Der Patient berichtet, daß in der Familie von Schuppenflechte nichts bekannt ist. Vor zwei Jahren trat das Leiden zuerst auf dem Kopf auf. Allmählich breitete sich die Erkrankung über Arme und Beine aus. Der übrige Körper blieb frei bis auf einige kleine Herde auf dem Rücken.

Befund: Kleiner schmächtiger Patient in gutem Allgemeinzustand. Die inneren Organe sind ohne nachweisbare Veränderungen. Die Reflexe sind normal. Die Wa-R ergab einen negativen Ausfall.

Spezieller Befund: Befallen ist besonders der behaarte Kopf, der mit pfenniggroßen, teils isolierten, teils konfluierten verkrusteten Herden bedeckt ist. An Armen und Beinen zahlreiche isoliert stehende linsen- bis pfenniggroße Plaques. Auf dem Rücken befinden sich nur einige kleinere Effloreszenzen. Brust und Bauch sind frei. Die einzelnen Herde sind derart beschaffen, daß in der Mitte eines kreisrunden, geröteten Hautbezirks silberglänzende Schuppen aufgelagert sind, sodaß ein ringförmiger geröteter Saum freibleibt. Teilweise sind die Herde zu größeren Plaques zusammengeflossen.

Auf der Schleimhaut beider Wangen sieht man am Mundwinkel beginnend einen ungefähr 3 mm breiten, bläulich-weißen Streifen, der an einigen Stellen die normale Schleimhaut etwas überragt. Diese weißliche Verfärbung ist nicht abzuwischen. Die Oberfläche der Streifen ist von rauher Beschaffenheit. Sie gehen ohne scharfe Grenze etwa eineinhalb cm vom Mundwinkel entfernt in die normale Schleimhaut über.

Aus einer der beiden streifenförmigen Veränderungen der Schleimhaut wurde ein Stückchen excidiert, dessen histologische Untersuchung folgendes Ergebnis hatte.

Die Epidermis besitzt leidlich normale Breite. Die Papillen sind kurz und klobig, die Epitheleinsenkungen zwischen den Papillen breit. Im H-E-Präparat fällt die ungleichmäßige Färbung der Retezellen auf, die einmal tiefblau, dann wieder hellrot erscheinen. An den dunkel gefärbten Stellen sieht man ein regelrechtes Stratum granulosum ausgebildet, dessen Dicke bis zu 5 Zellagen und darüber beträgt. Dieses Stratum granulosum ist jedoch nur fleckweise ausgebildet. Gelegentlich sieht man es oberhalb einer Papille liegen. Ueber dem Stratum granulosum erkennt man ein Stratum corneum von etwa 18 Mikro-mm Breite. In den dazwischen liegenden Partien sind die Kerne wohl erhalten. Sie haben, wie das normalerweise der Fall ist, einen stärker tingierten Farbton.

Im Papillarkörper sind nur geringe Veränderungen zu verzeichnen. Hier und da sind in den Papillen geringe Ansammlungen von Lymphozythen erkennbar.

Der dritte in der Münsterschen Hautklinik untersuchte Fall zeigte, ebenso wie Fall II, in dem äußeren Bild der Schleimhauterscheinungen nichts Auffälliges.

Fall III. Th. M., 38 Jahre alt.

Aus der Vorgeschichte erfahren wir, daß der Patient keine ernstlichen Krankheiten durchgemacht hat. Das jetzige

Leiden besteht seit 3 Jahren und ist trotz mehrfacher Behandlung in der Hautklinik immer wieder aufgetreten. Bei seinem letzten Aufenthalt in der Klinik wurde an der linken Wangenschleimhaut eine Verfärbung beobachtet. Im Sommer 32 kam der Patient wegen eines seit 4 Monaten bestehenden Rizidivs wieder in die Klinik.

Befund: Es handelt sich bei dem Patienten um einen kräftigen Mann in gutem Allgemeinzustand und mit stark ausgebildetem Fettpolster. Die inneren Organe und das Nervensystem sind ohne Besonderheiten.

Spezieller Befund: Bei dem Patienten sind besonders stark die Handrücken befallen, die linsengroße bis pfenniggroße, zumeist konfluierende Herde zeigen und ödematös geschwollen sind. Die Streckseiten der Finger tragen isolierte als auch konfluierte psoriatische Plaques. An den Ellenbogen und in der Kniescheibengegend befinden sich große flächenhafte Psoriasisherde. Der linke Unterschenkel ist von einem einzigen großen manschettenförmigen Herde umgeben. Der behaarte Kopf und die Ohrmuscheln zeigen viele kleine, etwa linsengroße Stellen, die stark schuppen. Die Schuppen sind von heller, weißer Farbe Im Nacken an der Haargrenze finden sich ebenfalls mehrere Herde von Pfennigstückgröße.

Auf der Schleimhaut der linken Wange erblickt man eine dreieckige Plaque von grauweißer Farbe, die das Niveau der umgebenden Schleimhaut ganz wenig überragt. Dieser Herd ist nicht scharf begrenzt. Seine Oberfläche erscheint nicht ganz so glatt wie die normale Schleimhaut. Der eine Winkel dieses dreieckigen Herdes liegt am Mundwinkel, die beiden anderen erstrecken sich schräg nach oben bzw. unten bis auf den Teil der Wangenschleimhaut, der den Mahlzähnen gegenüberliegt. Die Größe dieses Herdes entspricht etwa der eines Zehnpfennigstückes. An der rechten Schleimhaut sind keine Veränderungen zu erblicken.

Die histologische Untersuchung eines Stückchens des Schleimhautherdes ergab folgenden Befund.

Das Stratum mucosum erscheint in seiner Breite annähernd normal. Die Papillen sind größtenteils geringfügig verschmächtigt und verlängert. Die interpapillären Epitheleinsenkungen sind meist breit und stumpf. Fast im gesamten Excisionsgebiet sieht man ein stark ausgeprägtes Stratum granulosum von 4—5 Zellschichten und darüberliegend ein gleichmäßig gefärbtes Stratum corneum in einer Breite von etwa 25 Mikro-mm. An den Randpartien des Excisionsstückes ist noch leidlich normale Epidermis mit kernhaltigen Zellen an der Oberfläche vorhanden.

An den Papillen und im Corium sind keine nennenswerten Veränderungen, insbesondere keine Zellansammlungen festzustellen.

Es darf nicht unerwähnt bleiben, daß beide letztbeschriebenen Patienten starke Raucher sind.

Die Frage, ob in diesen beiden Fällen eine Psoriasis der Mundschleimhaut vorliegt, muß nach dem Ergebnis der histologischen Untersuchungen verneint werden.

Die Mundschleimhaut gehört zu den kutanen Schleim-

häuten, deren Epithel ein mehrschichtiges Pflasterepithel ist. Den unteren zylindrischen Zellen schließen sich nach oben hin immer stärker abgeplattete, mit Eosin intensiver färbbare Zellen an. Die kutanen Schleimhäute besitzen einen wohlausgebildeten Papillarkörper im Gegensatz zu den echten Schleimhäuten, deren Mucosa glatt dem Bindegewebe aufliegt.

Das Strukturbild der Psoriasis offenbart sich nach Berichten von Jordan, Keller und Oppenheim in folgender Weise:

Das Stratum mucosum ist verbreitert. Diese Verbreiterung kommt durch die Verlängerung der Epithelzapfen zwischen den hoch hinaufragenden Papillen zu Stande. Die suprapapillären Zellagen erscheinen eher verdünnt.

Die Zellen nahe der Oberflächen sind platt gedrückt und langgestreckt. Bisweilen wechseln kernhaltige Zellen mit solchen kernloser ab. Im allgemeinen sind aber die Kerne bis in die obersten Zellschichten hinauf gut erhalten. Einzelne Zellen erscheinen gequollen. Die Kerne sind an die Wand gedrückt. In den oberen Schichten sind die interzellulären Spalten verbreitert, sodaß die einzelnen Zellagen voneinander abgehoben erscheinen.

Von allen Autoren ist das Fehlen einer Keratohyalin- und Eleidinschicht ausdrücklich erwähnt, während nach Nobl bei der Psoriasis der äußeren Decke eine Körnerschicht vorhanden sein kann.

Die Papillen sind, wie schon gesagt, verlängert und verschmächtigt, manchmal auch kurz und klobig und kleinzellig infiltriert. Dieses Infiltrat erstreckt sich hin und wieder bis in die Basalzellenschicht des Epithels. In den Papillen sowie in dem angrenzenden Bindegewebe sind die Gefäße erweitert und stärker mit Blut gefüllt.

Von einem destruierenden Zellinfiltrat, wie Thimm es beschreibt, ist in der Literatur sonst nichts erwähnt.

Nach dem äußeren Bild sind die Veränderungen bei Psoriasis der Mundschleimhaut am ehesten mit Leukoplakie zu verwechseln. Schwimmer versteht unter Leukoplakie eine fast ausschließlich auf der Mund- und Zungenschleimhaut, nur sehr selten auf jener der weiblichen Genitalien, vorkommende, exquisit chronische, idiopathische Erkrankung, welche als örtliches Uebel erscheint und mit anderweitigen Erkrankungen des Organismus in keinerlei nachweisbarem Zusammenhang steht.

Die Erkrankung tritt in zweifacher Form auf:

1.) In Gestalt einzelner bläulichweißer oder grauweißer, von der umgebenden Schleimhaut scharf umgrenzter Flecken (Zunge) oder unregelmäßiger, länglicher, 1—2 cm breiter, in ihrer Continuität oft unterbrochener Streifen (Wange), deren Oberfläche in einzelnen Fällen rauh und von der Unterlage etwas emporgehoben scheint, mitunter jedoch auch ein glattes Ausssehen darbietet.

2.) In Gestalt ausgebreiteter, die Schleimhaut in großer Ausdehnung verändernder, weißlicher Verfärbungen, die mitunter von scharf conturierten roten, von der gesunden Schleimhaut gebildeten Linien begrenzt werden an einzelnen Stellen verdickt (Wange, Zunge), ja stellenweise wie verhornt erscheinen (Lippenrot).

Die Erscheinungen der Leukoplakie, besonders der Form, die sich in Bildung von bläulichweißen oder grauweißen Flecken und Streifen äußert, gleichen sehr den in unseren Fällen beobachteten Veränderungen der Mundschleimhaut als auch manchen der in der Literatur beschriebenen psoriatischen Schleimhautefflores-zenzen.

So sah Jordan bei seinem Patienten, der schon oben Erwähnung fand, an den Wangen weiße streifenförmige Verfärbungen.

Reil bemerkte bei einem 37jährigen Psoriatiker beiderseits an der Wangenschleimhaut 1 cm vom Mundwinkel entfernt je eine ovale bläulichweiße Stelle von mehreren mm Länge und Breite, die das Niveau der umgebenden Schleimhaut überragte.

Das histologische Bild der Leukoplakie wird von Zinsser in folgender Art geschildert:

Die der Leukoplakie zu Grunde liegenden Veränderungen bestehen in einer starken Verbreiterung der Malpighischen Schicht mit Wucherung und Hypertrophie der interpapillären Zapfen. Zwischen der Malpighischen Schicht und der stark verdickten, aus kernlosen Zellen bestehenden Hornschicht erscheint eine reichlich Keratohyalin enthaltende Körnerschicht, die sich bis in die Hornschicht erstreckt. Im Papillarkörper Rundzelleninfiltration, verschieden in Ausdehnung und weiterhin eine Sklerosierung des Bindegewebes.

Vergleichen wir die in unseren Fällen II und III durchgeführten histologischen Untersuchungen mit den oben beschriebenen Strukturbildern der Psoriasis der Mundschleimhaut, bzw. der Leukoplakie, so müssen wir zu dem Schluß kommen, daß in unseren beiden Fällen eine Psoriasis der Mundschleimhaut keinesfalls vorliegt. In beiden Präparaten fanden wir ein deutlich sichtbares Stratum granulosum, dem sich nach oben hin ein Stratum corneum anschloß. Das sind Erscheinungen, die die Diagnose Psoriasis der Mundschleimhaut ausschließen. Das besprochene Krankheitsbild der Leukoplakie dürfte ebenfalls nicht vorliegen, obwohl Merkmale dieser Erkrankung, wie das Vorhandensein eines Stratum corneum sowie eines Stratum granulosum, zu verzeichnen sind. Andererseits sind bemerkenswerte Zellansammlungen im Papillarkörper als auch Sklerosierung des Bindegewebes, nicht festzustellen. Die Verlängerung der Papillen besonders im Fall III läßt es ebenfalls nicht zu, die Gewebsveränderungen als Leukoplakie zu deuten.

Ich möchte daher annehmen, daß es sich bei unseren beiden Kranken um Schleimhautveränderung handelt, die man vielleicht als eine Schleimhauttrübung zu bezeichnen hat und die mit großer Wahrscheinlichkeit durch Reizung der beim Rauchen entstehenden chemischen Stoffe wie Nikotin, Ammoniak, Kresole usw. hervorgerufen ist. Sie stellt möglicherweise einen präleukoplakischen Zustand dar.

Zinsser bemerkt in seiner Abhandlung im Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten von Jadassohn, daß es nicht angängig ist, jede banale Schleimhauttrübung im Munde als Leukoplakie zu bezeichnen.

Wer, zumal als Zahnarzt, Gelegenheit hat, tagtäglich die Mundhöhle seiner Patienten auf Schleimhautveränderungen zu untersuchen, wird zugeben müssen, daß Trübungen der Mund-

schleimhaut verhältnismäßig häufig zu finden sind. So sah ich unter einem Patientenmaterial von täglich etwa 9 Patienten innerhalb von 6 Wochen dreimal Schleimhauttrübungen, allerdings nur beim männlichen Geschlecht. Bei einem Rückschluß auf die Häufigkeit des Vorkommens ist zu berücksichtigen, daß der größte Prozentsatz der Patienten weiblichen Geschlechts war.

Daß man in der Beurteilung histologischer Befunde der Schleimhaut sehr vorsichtig sein muß, erwies sich bei dem Vergleich der pathologischen Präparate mit jenen normaler Mundschleimhaut. Erscheinungen, die von den verschiedenen Autoren als phathognomonisch für die Psoriasis der Mundschleimhaut angeführt werden, waren auch bei der normalen Mundschleimhaut zu beobachten. Gequollene Zellen mit randständigen Kernen fanden sich zahlreich in Präparaten normaler Wangenschleimhaut. Desgleichen waren verbreiterte iterzelluläre Spalten, selbst Lymphseen nachzuweisen. Allerdings entstammte das Schleimhautteil für unsere normalen Wangenschleimhautpräparate einer Leiche, und es ist möglich, daß im Gewebe schon eine postmortale Auflockerung vor sich gegangen war.

Die Form der Papillen ist auch bei normaler Schleimhaut großen Schwankungen unterworfen. Es wechseln lange schmächtige mit kurzen klobigen ab. Alles Befunde, die als pathologische Zustände anzusprechen man geneigt sein könnte.

Einige Autoren führen als Beweis für den psoriatischen Charakter der von ihnen beschriebenen Schleimhautveränderungen das Fehlen einer Körnerschicht an. Aber auch die normale Mundschleimhaut besitzt kein Stratum granulosum. Somit kann das Fehlen eines solchen höchstens beweisen, daß in dem betreffenden Falle keine Leukoplakie vorliegt, bei der immer eine wohlausgebildete Körnerschicht zu finden ist.

Eine Verbreiterung des Stratum mucosum, die gleichfalls ein Kriterium der Schleimhautpsoriasis darstellen soll, ist nur mit Vorsicht zu bewerten. Zum Vergleich seien die Ergebnisse der Messungen an einem normalen Schleimhautpräparat mit denen der histologischen Präparate der Fälle II und III gegenübergestellt, die in ihren Randpartien auch normale Schleimhaut zeigten.

	normal	Fall II.	Fall III.
Interpapillär:	416 Mikro-mm	192 Mikro-mm	240 Mikro-mm
Suprapapillär:	224 Mikro-mm	96 Mikro-mm	64 Mikro-mm
Gesamtbreite:	640 Mikro-mm	288 Mikro-mm	304 Mikro-mm

Diese sosehr voneinander abweichenden Ergebnisse mahnen zur größten Zurückhaltung bei der Beurteilung mikroskopischer Bilder. Es mag noch ausdrücklich betont werden, daß die Excisionen für die histologischen Präparate alle in demselben Bezirk der Wangenschleimhaut vorgenommen wurden, somit ein Vergleich der Untersuchungen untereinander gerechtfertigt ist.

Die bisher erwähnten psoriatischen Erscheinungen befanden sich alle auf der direkten Schleimhaut der Mundhöhle. Häufiger kommen Veränderungen bei der Psoriasis an den Lippen vor.

In letzter Zeit hatten wir Gelegenheit, in der Münsterschen

Universitätshautklinik einen solchen Fall zu beobachten:

Es handelt sich um einen 39jährigen Mann, der seit 18 Jahren an Psoriasis leidet. Die Schuppenflechte heilte trotz häufiger Behandlung nie ganz ab. Im August 32 trat plötzlich die Erkrankung unter Fieber und Schüttelfrösten gleichzeitig am ganzen Körper auf. Im Dezember war der Patient wieder geheilt. Anfang Januar 33 erfolgte ein neuer Rückfall unter denselben heftigen Erscheinungen wie im August 32. Außer den zahllosen Herden am Stamm, den Extremitäten, auf dem Kopf und im Gesicht fanden sich auf der Schleimhaut der Unterlippe zwei etwa linsengroße Effloreszenzen, die sich von der umgebenden Schleimhaut durch ihren dunkelroten Farbton abhoben und mit durchsichtigen Schuppen bedeckt waren.

In der Literatur sind eine ganze Anzahl Fälle von Psoriasis der Lippenschleimhaut beschrieben (Balzer und Merlé, Bezecny, Dore, Heller, Klauder, Kreibich, Kutznitzky, Kyrle, Rusch, Schmidt-Labaume, Thimm, Ullmann). Der Fall von Klauder liegt allerdings nicht ganz klar.

Am bekanntesten ist wohl der Fall von Kutznitzky, der überhaupt zuerst eine Psoriasis der Lippenschleimhaut beobachtete. In seinem Fall griff eine psoriatische Plaque von der äußeren Haut über die Lippenschleimhaut auf die Schleimhaut der Mundhöhle über. Aehnlich liegen auch die Verhältnisse in den Fällen Thimms und Kyrles. Besonders interessant ist der Fall des letzteren. Bei seinem Patienten äußerte sich die Psoriasis im Auftreten eines einzigen großen Herdes an der rechten Halshälfte, der über das Kinn hinaus sich bis auf das Lippenrot erstreckte.

Es mag in dem Bau der Lippenschleimhaut begründet sein, daß sie öfter von psoriatischen Veränderungen betroffen wird. Sie stellt an den Stellen, die beim Lippenschluß nicht verdeckt sind, ein Mittelding zwischen dem äußeren Integument und der Schleimhaut der Mundhöhle dar. So hört z. B. das Stratum corneum der Gesichtshaut beim Uebergang in das Lippenrot nicht plötzlich auf. Es wird vielmehr allmählich dünner, um auf der Mundschleimhaut schließlich ganz zu verschwinden.

Die Mannigfaltigkeit des äußeren Krankheitsbildes der Psoriasis berechtigt zu der Frage, ob besondere Formen derselben dazu neigen, mit psoriatischen Schleimhautveränderungen einherzugehen. Bei der Beschreibung der einzelnen Fälle in der Literatur fällt auf, daß zumeist diejenigen Erscheinungsformen der Schuppenflechte Schleimhautveränderungen zeigen, bei denen besonders der Kopf und das Gesicht in Mitleidenschaft gezogen sind.

Zusammenfassend ist zu bemerken:

Die Diagnose einer Mundschleimhautpsoriasis ist selbst unter Zuhilfenahme der histologischen Untersuchungsmethoden infolge des Fehlens auffälliger Charakteristika sehr schwierig. Eine Abgrenzung gegenüber der Leukoplakie nur nach dem klinischen Befund dürfte wegen der Aehnlichkeit der Krankheitsbilder nur

in wenigen Fällen möglich sein. Sehr viel leichter gestaltet sich die Erkennung einer Psoriasis der Lippenschleimhaut, die schon in ihrem klinischen Bild der Psoriasis der äußeren Haut ähnelt.

Die Deutung des histologischen Bildes ist bei Schleimhauterkrankungen recht schwierig, da von der Norm abweichende Erscheinungen auch bei normaler Mundschleimhaut gefunden werden

---

An dieser Stelle möchte ich Herrn Privat-Dozenten Dr. P. Schmidt für die freundliche Hilfe und Unterstützung bei Abfassung dieser Arbeit durch Ueberlassung von Literatur und histologischen Präparaten meinen herzlichen Dank aussprechen!

Literaturverzeichnis.

1. Balzer u. Merlê: Psoriasis der Mundschleimhaut, Bull. de la soc. franc. de derm. 1907, Nr. 3; ref. Arch. f. Derm. u. Syph. Bd. 86, S. 322.

   Dieselben, Monhfte f. prakt. Dermat. 1907, Bd. 44, S. 572.

2. Bezecny: Psoriasis des Lippenrotes, Ztrbl. f. H. u. G. K. 1931, Bd. 37, S. 322.

3. Buschke: Psoriasis mucosae oris, Ztrbl. f. H. u. G. K. 1929, Bd. 29, S. 407.

4. Dore: Psoriasis affecting mucous membrane of lip in a girl aged 17, Proc. of the roy. soc. of med. 1924, Bd. 17. Nr. 12, Sect. of derm. S. 84; ref. Ztrbl. f. H. u. G. K. Bd. 16, S. 322

5. Gans: Histopathologie der Haut- und Geschlechtskrankheiten, Verlag Springer, Berlin 1925.

6. Hebra: Lehrbuch der Hautkrankheiten, II. Aufl., Erlangen 1874, Teil I, S. 347.

7. Heller: Psoriasis der Lippenschleimhaut, Derm. Wchschr. 1918, Bd. 66, S. 218.

8. Isaak: Psoriasis vulgaris linguae, Derm.,Ztschr. 1914, Bd. 21. S. 999—1000.

9. Jordan: Psoriasis vulgaris mucosae oris, Arch. f. Derm. u. Syph. 1922, Bd. 140, S. 64—69.

10. Keller: Ueber Psoriasis der Mundschleimhaut, Derm. Wchschr. 1922, Bd. 75, Nr. 37, S. 917—920.

11. Klauder: Psoriasis, Arch. of. derm. a. Syph. Bd. 16, S. 237, ref. Ztrbl. f. H. u. G. K. Bd. 25, S. 787.

12. Kreibisch: Psoriasis der Lippenschleimhaut, Arch. f. Derm. 1901, Bd. 56, S. 244.

13. Kutznitzky: Aetiologie u. Pathogenese der Psoriasis, Arch. f. Derm. 1897, Bd. 38, S. 405—460.

14. Kyrle: Psoriasis vulgaris des Lippenrotes, Arch. f. Derm. u. Syph. 1920, Bd. 125, S. 19.

15. Nobl: Psoriasis, In Jadassohns Handb. der Haut- u. Geschle.-Krankh., Bd. VIII, I, S. 180—288, Berlin 1928, Verlag Springer.

16. Oppenheim: Psoriasis vulgaris der Mundschleimhaut, Mnhfte f. prakt. Dermat. 1903, Bd. 37, Nr. 11, S. 489—496.

17. Reil: Ueber Veränderungen der Mundschleimhaut bei Psoriasis vulgaris, Derm. Ztschr. 1921, Bd. 32, S. 215—223.

18. Rusch: Psoriasis vulgaris des Lippenrotes, Ztrbl. f. H. u. G. K. 1924, Bd. 13. S. 336.

19. Schmidt-Labaume: Psoriasis mit Beteiligung der Lippen Ztrbl. f. H. u. G. K. 1929, Bd. 30, S. 562.

20. Schwimmer: Die idiopathischen Schleimhautplaques der Mundhöhle; Leukoplakia buccalis, Vierteljahrsschr. f. Derm. 1877, Bd. 4. S. 511—570 und Bd. 5, S. 53—114.

21. Thimm: Psoriasis vulgaris der Haut- und Schleimhaut, ihre pathologische Stellung und Aetiologie, Mnhfte f. prakt. Derm. 1904, Bd. 39, S. 1—21.

22. Ullmann: Psoriasis atypica, Ztrbl. f. H. u. G. K. 1926, Bd. 21, S. 51.

23. Westphalen: Geschichtlicher und kasuistischer Beitrag zur Frage der Psoriasis der Mundschleimhaut und der Zunge, Derm. Ztschr. Bd. 54, S. 402—407.

24. Zinsser: Psoriasis der Mundschleimhaut? Ztrbl. f. H. u. G. K. 1927, Bd. 21, S. 400.

Derselbe, Leukoplakie, In Jadassohns Handb. der Haut- und Geschl.-Krankh. Bd. XIV, Berlin 1930, Verlag Springer.